



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP	001414	Cucuy	CS-A	1352693871								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
							H	D	M	A		
Mera	Mera	Gael	Yostimar	H	12-09-2017	8				X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0967665149		☒		☐								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		☐								
		2. Falta de espacio físico.		☐								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		☐							
13	1303	130351	4. Equipos en mal estado.		☐							
			5. Problemas de infraestructura.		☐							
					☐							
					☒							
					☐							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Pediatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE INFANTE MASCULINO DE 8 AÑOS CON APP: NO REFIERE; APF: ABUELA MATERNA CON HTA; AQX: NO REFIERE; HáBITOS:DIETA HIPERCALÓRICA; ALERGIAS: NO REFIERE.ACUDE EN COMPAÑÍA DE S U MADRE PARA REVISION DE RADIOGRAFIA DE CONTROL POR HALLAZGOS DE DEPRESIÓN DE LA APENDICE XIFOIDE DEL ESTERNON Y CUADRO RESPIRATORIOS RECURRENTES-ADEMAS HACE 5 DIAS PRESENTÓ CUADRO RESPIRATORIO CARACTERIZADO POR TIRAJE S UBCOSTAL- ALETEO NASAL- QUEJIDO RESPIRATORIO (DISTRESRESPIRATORIO). AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL- ACTIVO/REACTIVO COLABORADOR CON EL INTERROGATORIO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
OTROS ANALISIS: PCR CUALITATIVO NEGATIVO BIOMETRIA HEMATICA: RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 5.28 10 ⁶ /?L 5 - 6.5 HEMOGLOBINA14.6 G/DL 14.5 - 18.5 HEMATOCRITO ¿ 42.0 % 45 - 55 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) ¿ 79.5 ?M³ 80 - 100 HEMOGLOBINACORPUSCULAR MEDIA (HCM) 27.7 PG 27 - 31 CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 34.8 G/DL 30 - 36 ANCHO DE DISTRIBUCIÓNERITROCITARIA (RDW)C 13.1 % 11.5 - 15.5 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)S 39.2 ?M³ PLAQUETAS 346 10 ³ ?L 150 - 450PLAQUETOCRITO 0.34 % 0.1 - 0.5 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (MPV) 9.7 ?M³ 7.4 - 11 INDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 12.2 %10 - 18 P-LCC (PLA: RECUENTO CELULAS GRANDES) 83 10 ³ ?L 44 - 140 P-LCR (PLA: PROPORCION CELULAS GRANDES) 23.9 % 18 - 50 GLÓBULOSBLANCOS ¿ 10.7 10 ³ ?L 4 - 10 LINFOCITOS (%) 39.7 % 25 - 40 NEUTRÓFILOS (%) ¿ 48.9 % 55 - 65 MONOCITOS (%) 5.8 % 2 - 10 EOSINÓFILOS(%) 5 % 0.5 - 5 BASÓFILOS (%) 0.6 % 0 - 2 LINFOCITOS (#) 4.25 10 ³ ?L 1 - 4.4 NEUTROFILOS (#) 5.23 10 ³ ?L 1.6 - 7 MONOCITOS (#) 0.6210 ³ ?L 0.3 - 1 EOSINÓFILOS (#) ¿ 0.54 10 ³ ?L 0 - 0.5 BASÓFILOS (#) 0.06 10 ³ ?L 0 - 0.2 RADIOLOGIA CONVENCIONAL : PULMONES CONAUMENTO RELATIVO DE LUCIDEZ Y VOLÚMENES APARENTES ELEVADOS- SUGESTIVOS DE HIPEREXPANSIÓN/HIPERINSUFLACIÓN.ENGROSAMIENTO/PERIHILIARIDAD BRONQUIAL LEVE POSIBLE

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Asma No Especificado		J459	X		4.			
2. Torax Excavado		Q676	X		5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-28	12:41	Adalid	Vera	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1315945830				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO			

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA
--



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--

F. DIAGNÓSTICO

		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.					
2.					5.					
3.					6.					

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	